



Sonderthema 2025

Im Spannungsfeld zwischen rechtlichen Grundlagen und täglicher Praxis





Herausgeberin:

Geschäftsstelle der Suchtkooperation NRW
c/o Landschaftsverband Rheinland
Dezernat 8
50663 Köln

Autorinnen:

Dr. Anne Pauly
Kerstin Jeschky

Gestaltung:

Kerstin Jeschky

Druck:

LVR-Druckerei
Inklusionsabteilung
Tel. 0221 809-2418

Im Spannungsfeld zwischen rechtlichen Grundlagen und täglicher Praxis - Herausforderungen und mögliche Lösungsansätze der Drogenkonsumräume in NRW

Schon früh bestand im Austausch des Arbeitskreises der Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen Einigkeit darüber, welches Thema den diesjährigen Sonderbericht prägen sollte: der Blick auf die vielen kleinen und großen kreativen Ansätze, die den Arbeitsalltag in den Einrichtungen prägen.

Immer dann, wenn die Rahmenbedingungen der Drogenkonsumräume von anderen niedrigschwelligen Helfefeldern abweichen, entstehen Situationen, die verantwortungsvolle Entscheidungen verlangen. Die Mitarbeitenden stehen dabei täglich vor der Herausforderung, innerhalb enger rechtlicher Vorgaben Wege zu finden, die der komplexen Lebensrealität der Klient*innen gerecht werden. Die jeweils gefundenen Wege zeigen, wie viel Fachwissen, Empathie und Pragmatismus in dieser Arbeit stecken.

In den folgenden Berichten haben drei Standorte von Drogenkonsumräumen in Nordrhein-Westfalen ihre ganz persönliche Wahrnehmung in Bezug auf besondere Herausforderungen in ihrem Arbeitsalltag geschildert.

Bericht 1

Regelungslücken im Alltag niedrigschwelliger Suchthilfe

In den vergangenen Jahren sind Einrichtungen der Suchthilfe immer wieder an rechtliche Grenzen gestoßen, die den Arbeitsalltag schwierig gestalten können. Träger sehen sich dadurch vor die Herausforderung gestellt, Lösungen zu entwickeln, die praktikabel sind und sich gleichzeitig noch im rechtlichen Rahmen bewegen.

Der vorliegende Bericht soll diese Spannungsfelder sichtbar machen und dazu anregen, in einen fachlichen Austausch zu treten. Bundesweit steht die Suchthilfe vor der Aufgabe, auf die Veränderungen innerhalb der Drogenszene in den letzten Jahren mit passenden Hilfsangeboten zu reagieren. Die daraus entstehenden Ideen sind fachlich sinnvoll und entwickeln sich häufig zu umfassenden Konzepten, die nicht selten von verschiedenen Trägern gemeinsam ausgestaltet werden.

Gleichzeitig sehen sich viele Einrichtungen bereits heute mit unklaren oder unzureichend geregelten Rahmenbedingungen (rechtlich, hygienebezogen usw.) konfrontiert, die die Arbeit für und mit drogengebrauchenden Menschen eher erschweren als erleichtern.

Zudem stellt sich die Frage: Wie werden Hilfeangebote für die Menschen der Szene attraktiv? Die bisherigen Konzepte müssen an die Veränderungen der Konsumprävalenzen angepasst werden.

Ein wichtiges Thema stellt dabei der Datenschutz dar. Gerade für unsere Zielgruppe ist er ein Schutzfaktor von enormer Bedeutung. In der täglichen Arbeit mit den Nutzer*innen einer Einrichtung kann der Datenschutz aber auch hinderlich sein. In vielen Kommunen nutzen dieselben Klient*innen mehrere Hilfeeinrichtungen. Bei trägerübergreifenden Fallbesprechungen dürfen personenbezogene Daten jedoch ohne Einwilligung nicht weitergegeben werden. Dadurch entsteht häufig nur ein bruchstückhaftes Bild der Situation einzelner Personen. Mehrere Mitarbeitende unterschiedlicher Einrichtungen arbeiten im schlechtesten Fall an gleichen Themen. Ein breiteres, trägerübergreifendes Wissen über die Lebenslagen der Menschen würde jedoch eine gezieltere Unterstützung ermöglichen. Einrichtungen benötigen daher rechtssichere Wege, um notwendige Informationen verantwortungsvoll austauschen zu können.

Auch die medizinische Versorgung in Hilfezentren fordert immer wieder pragmatische Lösungen, insbesondere die Wundversorgung: In den medizinischen Angeboten der Hilfezentren übernehmen Pflegekräfte häufig die Wundversorgung sowohl für versicherte als auch für nicht versicherte Nutzer*innen. Ärzt*innen sind häufig nicht regelhaft vor Ort. Die medizinischen Angebote in den Hilfezentren sind dabei in erster Linie niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote, aus denen bei Bedarf in weiterführende medizinische Hilfen vermittelt wird. Nicht selten sind aber fortlaufende Behandlungen der Beschwerden notwendig, die eben auch in den medizinischen Angeboten der Hilfezentren erledigt werden. Diese Versorgung erfolgt in vielen Fällen ohne ärztliches Konsil oder formale ärztliche Anordnung, weil die Betroffenen häufig nicht in der Regelversorgung ankommen. Unterbleibt die Versorgung, droht eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands. Hier sollten Gesundheitsämter und Träger prüfen, inwieweit Dienstanweisungen und organisatorische Regelungen geschaffen werden können, die Pflegekräften mehr Handlungs- und Rechtssicherheit geben.

Darüber hinaus stellt auch das gemeinsame Konsumieren gemeinsam erworbener Substanzen – also das Teilen von Konsumeinheiten – einen relevanten Aspekt dar, der in Drogenkonsumräumen ermöglicht werden sollte. Aus unserer Sicht kann man die rechtliche Regelung so auslegen: Die bloße Überlassung einer Substanz an eine Person, die diese unmittelbar konsumiert, wird in der Regel nicht als strafbarer Besitzwechsel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes gewertet. Unserer Rechtsauffassung nach kann bei einem gemeinsamen Erwerb einer Substanz der Besitz beiden Personen zugerechnet werden, sodass kein Besitzwechsel vorliegt und damit auch kein Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz im Sinne der Überlassung gegeben ist. Der gemeinsame Erwerb sowie Konsum gehört zur Lebensrealität vieler drogengebrauchender Menschen. Entsprechend ist auch hier eine Anpassung der Regelwerke der Hilfeeinrichtungen an diese Lebensrealität dringend geboten. In der Praxis ist dies in Drogenkonsumräumen bislang nicht etabliert, da es an abschließender rechtlicher Klarheit fehlt.

Hinzu kommt der zunehmende Konsum von Crack, der schnell und ohne größere Vorbereitung mit einer Pfeife erfolgen kann. Dadurch kommt es immer wieder vor, dass auch auf dem Gelände von Einrichtungen konsumiert wird, obwohl dies nach Hausordnung und geltender Rechtslage zu sanktionieren ist.

Fast nahtlos fügt sich dann der Umgang mit Mikrohandel als weitere Regelungsglücke ein. Viele Einrichtungen unterliegen im Rahmen von Ordnungspartnerschaften einer Verpflichtung, Betäubungsmittelhandel innerhalb der Einrichtung anzuzeigen. Gleichzeitig wird vielerorts diskutiert, ob Kommunen sogenannte Akzeptanzflächen innerhalb oder in unmittelbarer Nähe von Hilfezentren schaffen könnten, auf denen Mikrohandel toleriert wird. Kleinhandel ist im Leben eines Suchterkrankten existenziell und nicht zu verhindern, um die benötigte Substanz zu erlangen. Würde der Mikrohandel erlaubt, würde es aus unserer Sicht dazu führen, dass sich betroffene Personen nicht vom Angebot ausgeschlossen fühlen, sondern ihren Konsum im Gegenteil vermutlich eher im Hilfeangebot ausführen würden als ihn in den öffentlichen Raum zu verlegen. Die Duldung von Mikrohandel unter drogengebrauchenden Menschen sollte also auch in Suchthilfeeinrichtungen toleriert werden. Die Schlussfolgerung daraus ist, dass Verbote den Konsum und den Kleinhandel nicht verhindern. Vielmehr wird er wegen eines veralteten Regelwerks im öffentlichen Raum durchgeführt und damit zur Belastung des Umfelds. Damit gehen zudem weitere negative gesundheitliche wie auch soziale Folgen für die Drogengebrauchenden einher. Es würde sich anbieten, durch eine entsprechende Duldung den Drogenkonsumraum als Ort des Konsums mit Mikrohandel zu einer Institution zu machen, wo Menschen sicher konsumieren, das Umfeld von negativen Handlungen wie Mikrohandel und Konsum entlastet wird und Mitarbeitende sicher in der Auslegung sind.

Nicht zu vernachlässigen ist auch die zunehmend schwindende Akzeptanz von bestehenden und neuen Hilfeeinrichtungen durch die Nachbarschaft. Diese wird durch Szenenansammlungen, offenen Konsum und Handel um die Einrichtungen herum verstärkt – diese Phänomene in die Einrichtungen zu verlegen, kann helfen, diese Akzeptanz zurückzugewinnen. Fachlich wird daher zunehmend gefordert, akzeptanzorientierte Konsumflächen zu ermöglichen – ähnlich wie beim Zürcher Modell, bei dem Konsumräume bereitgestellt werden und Kleinhandel unter Konsumierenden toleriert wird, während außerhalb konsequent eingegriffen wird (vgl. https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2025/12/ADSB_2025_web.pdf, Seite 119 ff).

Vielleicht braucht es auch nicht für alle Herausforderungen Paragraphen und Verordnungen, sondern nur einen praktikablen und akzeptanzorientierten Weg, der auch in Absprache mit den Ordnungsbehörden gewählt werden kann.

Diese Beispiele verdeutlichen, dass bestehende rechtliche Rahmenbedingungen häufig nicht vollständig mit den praktischen Anforderungen der Suchthilfe übereinstimmen. Die Mitarbeitenden arbeiten in einem Spannungsfeld, um den Menschen zum einen ein möglichst lebensweltnahes Angebot zu bieten, damit so vielen Nutzer*innen wie möglich die Nutzung dieser Angebote ermöglicht werden kann. Um die Versorgungssituation langfristig zu verbessern, braucht es daher einen kontinuierlichen Dialog zwischen Praxis, Kommunen, Politik und Ordnungsbehörden, um rechtssichere und zugleich praxistaugliche Lösungen zu entwickeln.

Patrick Pincus
Bereichsleitung Überlebenshilfe
Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.

Bericht 2

Herausforderungen aus dem Praxisalltag von Drogenkonsumräumen

Die Existenz von Drogenkonsumräumen in Nordrhein-Westfalen wird durch § 10a BtMG in Verbindung mit der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen (NRW) ermöglicht. In der Verordnung selbst findet sich die erste Herausforderung. § 8 Abs. 2 Nr. 2 Drogenkonsumraumverordnung NRW regelt, dass erkennbar intoxikierte Personen von der Benutzung des Raumes auszuschließen sind. Menschen mit chronifizierten Suchterkrankungen konsumieren teils zu jeder Tageszeit, auch vor den Öffnungszeiten des Drogenkonsumraumes. Somit suchen sie das Angebot bereits intoxikiert auf. Gleiches gilt für Abhängige mit einem polyvalenten Konsummuster. So muss das Fachpersonal bei strenger Auslegung der Verordnung Personen, die beispielsweise vorher Alkohol konsumiert oder ihr Substitut eingenommen haben, den Eingang verwehren. Und das, obwohl jenes Konsummuster für Polytoxikomane oder Beikonsument*innen der Standard ist. Die Erfahrung zeigt, dass Menschen, die aufgrund dessen abgewiesen werden, in der Folge ohne entsprechende Begleitung draußen konsumieren. Dies konterkariert das Ziel von Drogenkonsumräumen, Überdosierungen vorzubeugen bzw. im Notfall zu intervenieren. Hier wäre eine Ermessensregelung sinnvoll, die dem Fachpersonal vor Ort mehr Spielraum verschafft und gleichzeitig mehr Rechtssicherheit gibt.

Ebenso kann § 11 Abs. 2 Drogenkonsumraumverordnung NRW in besonderen Situationen zu einer rechtlichen Hürde für die Praxis werden. Klient*innen mit starken Beeinträchtigungen, z. B. durch fehlende Gliedmaße, können ohne externe Hilfe Schwierigkeiten beim Zubereiten oder Konsumieren haben. Die fehlende Assistenz beim Konsum verleitet sie dann wieder an Orte außerhalb der Einrichtungen, an denen sie die entsprechende Unterstützung von anderen User*innen erhalten.

Teilweise begrenzen die Kommunen und Kreise den Nutzer*innenkreis der Drogenkonsumräume auf die Bürger*innen ihrer Stadt / ihres Kreises. Dies hat zum einen zur Folge, dass die Einrichtungen die

Personen vorab registrieren müssen. Dadurch wird für das Personal der bürokratische Aufwand erhöht und für die Nutzer*innen geht jegliche Möglichkeit der Anonymität verloren. Darunter leidet die Niederschwelligkeit. Zum anderen werden durch den verengten Nutzerkreis die Ziele in § 2 Abs. 2 Drogenkonsumraumverordnung NRW konterkariert.

Abseits der rechtlichen Ebene ist als Herausforderung die Überlastung des Hilfesystems bzw. fehlende Strukturen darin zu nennen. Teils gibt es in den Kommunen keine Substitutionsambulanzen oder -Ärzt*innen, die diese Aufgabe übernehmen. Gleiches betrifft den Aspekt der Wundversorgung, die Behandlung von HIV/HEP C oder die Anbindung an eine*n Psychiater*in. Gerade diese wäre von hoher Bedeutung, da viele der Konsumraumnutzer*innen Komorbiditäten aufweisen. Dies wird immer besonders deutlich, wenn es zu substanzinduzierten Psychosen kommt. Darunter kann die Absprachefähigkeit der Klient*innen enorm leiden und es wird schwieriger, die Hausordnung durchzusetzen.

Trotz der skizzierten belastenden Situationen und Herausforderungen wird versucht, die Arbeit möglichst klient*innenorientiert zu gestalten und die Professionsstandards hochzuhalten. In der Konsequenz stellt dies einen Balanceakt zwischen hoher Arbeitsbelastung und eigenem Anspruch dar. Problematisch ist, dass die Bedarfe der Klientel stetig wachsen. Sowohl in Form von einem Anspruchsdenken als auch durch Faktoren wie steigende Verwahrlosung und die daraus resultierenden sozialen und gesundheitlichen Folgen. Diese Bedarfe wachsen an, ohne dass die Rahmenbedingungen angepasst werden. Exemplarisch kommt es deutlich häufiger dazu, dass das Fachpersonal des Konsumraums parallel Wunden versorgen muss, ohne dass für diese Extraarbeit zusätzliche Stunden oder Stellen geschaffen werden oder das Budget um einen Posten für adäquates Verbandsmaterial erweitert wird.

Wir möchten, dass unser Bericht anonym bleibt.

Bericht 3

Chronische Wunden und strukturelle Barrieren: Zwischen Marginalisierung und niedrigschwelliger Unterstützung

Drogengebrauchende Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind nicht böswillig, faul oder schwach, sondern häufig Menschen, die in ihrer Biographie diversen Risikofaktoren ausgesetzt waren. Oft genug haben beispielsweise Krankheiten oder Ereignisse (solche der Eltern, ADHS, PTBS, chronische Schmerzen, Kriegsfolgen etc.) zum Drogengebrauch und in der Folge zur Abhängigkeitserkrankung geführt. Dabei bedingen und verstärken sich die Störungen und der Drogengebrauch gegenseitig.

Während für die Menschen mit Opioidabhängigkeit Substitutions- und damit Stabilisierungsmöglichkeiten existieren (die in Deutschland in den einzelnen Ländern leider sehr unterschiedlich genutzt werden), ist das für Kokain und einige Substanzen aus der Gruppe der NPS nicht der Fall.

Entsprechende Substanzen kommen derzeit zunehmend häufiger auf den Markt und führen zu weiterer Verelendung von schon zuvor – durch die vielfältigen Bedingungen der Strafverfolgung - marginalisierten Gruppen.

Die Marginalisierung, die Prohibition, die Verwahrlosung und auch die Folgen der Substanzen können zu zahlreichen und teilweise schwerwiegenden somatischen Erkrankungen führen.

Übertragbare Erkrankungen wie HIV und Hepatitis sind schon länger im Fokus diverser Akteur*innen in diesem Bereich. In Bielefeld wird seit 2020 z. B. gezeigt, dass Hepatitis C in der offenen Szene detektierbar, aber auch behandelbar ist.

Weniger beachtet sind allerdings z. B. die Folgen des Rauchens (COPD, schwere Lungenentzündungen), Unfallfolgen (Frakturen) und chronische Hauterkrankungen, chronische Wunden. Letztere insbesondere als Folge von Thrombosen, des Kokaingebrauches (Durchblutungsstörung) und mangelhafter Ernährung.

Die nötigen **stationären** Aufenthalte – in üblicherweise spezialisierten Kliniken – werden oft nur verkürzt und unzureichend wahrgenommen. Folgende Punkte erschweren das Aufsuchen eines Krankenhauses aus Sicht der Klient*innen:

- Craving insbesondere wegen nicht substituierbarer Substanzen (u.a. Kokain) – aber immer noch auch unzureichender Opiatsubstitution
- Gefühlte und tatsächliche Diskriminierung
- Scham
- Verständigungs- und Verständnisprobleme
- Unzureichende Kapazitäten auf den Stationen
- Stigmatisierungen aufgrund der vermuteten – manchmal auch erlebten – „Unzuverlässigkeit“
- Hausverbote und fehlende Compliance des Krankenhauses, unvoreingenommen auf die Menschen zuzugehen
- Fehlender bzw. ungeklärter Krankenversicherungsstatus

Insbesondere bei chronischen Wunden/Ulzera, die in der Häufigkeit öfter auftreten, wird eine langdauernde Behandlung, die meist aus aufwändigen, bis zu einer Stunde dauernden, Verbandswechseln besteht, wenn überhaupt nur zu Beginn – und sicherlich zu kurz – stationär finanziert.

Für Menschen aus offenen Drogenszenen sind ambulante Behandlungsmöglichkeiten in regulären Arztpraxen häufig nur eingeschränkt nutzbar. Starre Terminstrukturen lassen sich unter den gegebenen Lebensbedingungen oftmals nur schwer einhalten, ebenso können längere Wartezeiten eine erhebliche Hürde darstellen. Zudem berichten Praxen teilweise von Schwierigkeiten im Umgang mit Patient*innen, deren Allgemeinzustand als stark beeinträchtigt wahrgenommen wird.

Die kontinuierliche Ansprache und Motivation, die für eine regelmäßige Inanspruchnahme medizinischer Behandlung erforderlich ist, kann im Rahmen regulärer Praxisstrukturen häufig nur begrenzt geleistet werden. Hinzu kommen Faktoren wie Vermeidungsstrategien, Erfahrungen von Diskriminierung sowie Scham, die den Zugang zusätzlich erschweren und sich teilweise auch in herausfordernden Verhaltensweisen äußern können. Strukturelle Barrieren – etwa im Zusammenhang mit Krankenversicherungsnachweisen oder Zuzahlungen für Behandlungsmaterialien – verstärken diese Problemlagen.

In Deutschland existieren vereinzelt, häufig ehrenamtlich organisierte Angebote, die jedoch nicht immer die notwendige Kontinuität gewährleisten können. Entsprechend sind die Behandlungsergebnisse bei einem Teil der Betroffenen häufig unzureichend, was zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und in einigen Fällen auch zu lebensbedrohlichen Komplikationen (z. B. Amputationen oder Sepsis) führen kann.

In Bielefeld wird diesen Herausforderungen derzeit durch ein niedrigschwelliges Wundversorgungsangebot im Drogenhilfezentrum mit angeschlossenem Konsumraum begegnet. Dieses Angebot ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Ausgedehnte Öffnungszeiten ohne starre Terminbindung
- Möglichkeit des Verbandswechsels im Rahmen alltäglicher Aufenthalte (z. B. im Kontext von Konsum oder Nutzung der Cafeteria)
- Personelle Kontinuität, die Vertrauensaufbau begünstigt
- Motivierende Gespräche und engmaschige Begleitung durch sozialarbeiterisches Fachpersonal
- Unterstützung beim Abbau struktureller Hürden (z. B. Klärung des Krankenversicherungsschutzes, Lösungen für nicht gedeckte Kosten)
- Förderung der notwendigen Regelmäßigkeit in der Behandlung
- Bereitstellung von Verbandmaterial auch für nicht krankenversicherte Personen

Das Drogenhilfezentrum in Bielefeld verfügt hierfür über geeignete räumliche und apparative Voraussetzungen, ärztliche Begleitung durch eine angegliederte Praxis sowie pflegerisch qualifiziertes Personal aus dem Konsumraum. Ergänzend besteht eine Kooperation mit einer Apotheke, die es ermöglicht, dass zweimal monatlich eine spezialisierte Wundmanagerin eine offene Sprechstunde anbietet, in der Wunden eingeschätzt und Behandlungspläne erstellt werden.

Unter diesen Bedingungen kann in vielen Fällen bestenfalls eine Verschlechterung chronischer Wunden verhindert und überhaupt erst ein Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglicht werden. Für eine umfassende Behandlung sind jedoch zusätzlich kooperationsbereite klinische Einrichtungen erforderlich, die stabile Rahmenbedingungen, gesicherte Ernährung sowie eine kontinuierliche medizinische Versorgung gewährleisten können.

Franziska Klar

Leitung Drogenhilfezentrum

Drogenberatung e.V. Bielefeld

An dieser Stelle geht ein ganz herzlicher Dank an die Autor*innen und die Mitglieder des „Arbeitskreises Drogenkonsumräume NRW“ für die Bereitschaft, ihre Erfahrungen zu teilen!